

## Caso Clínico

---

# Quiste dentígero asociado a dentición primaria. Reporte de un caso



Dra. Roxana Richa J<sup>1</sup>, Dra. Claudia Avila R<sup>2</sup>, Jeannina Aguard A<sup>3</sup>, Diego Avila A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Radióloga Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

<sup>2</sup> Ortodoncista y Odontopediatra, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

<sup>3</sup> Alumna Interna, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

<sup>4</sup> Alumno Interno, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

## Resumen

Los quistes dentígeros (QD) representan la forma más frecuente dentro de los quistes odontogénicos del desarrollo y se caracterizan por rodear la corona de un diente no erupcionado. Se generan producto de la estimulación sobre el epitelio reducido del órgano del esmalte, una vez finalizada la amelogénesis. La mayoría de las veces asintomático y de tamaño variable, afectando de preferencia a piezas definitivas en erupción.

El siguiente reporte de caso describe el hallazgo de un QD en relación a una pieza temporal (7.5), de ubicación mandibular posterior, en un paciente sexo masculino de 8 años. Se analiza la clínica e imagenología en relación a la lesión, el tratamiento quirúrgico y el posterior análisis histológico que determina el diagnóstico definitivo.

**Palabras clave:** Quiste dentígero, quistes odontogénicos, dentición primaria.

## Introducción

Los quistes odontogénicos se originan en los componentes epiteliales del aparato odontogénico o de sus restos, que son atrapados en el hueso o los tejidos gingivales periféricos<sup>2</sup>. Estos se pueden clasificar en cuanto a su etiología en inflamatorios y del desarrollo<sup>4,9</sup>.

El quiste dentígero (QD) es el quiste del desarrollo más común en niños y adolescentes<sup>1,2,10</sup>. Los dientes permanentes son más propensos a ser afectados<sup>11</sup>. En raras ocasiones, los quistes dentígeros pueden afectar dientes primarios sin erupcionar<sup>12</sup>.

En un estudio realizado en Grecia por Latrou (2009), se determinó que la localización más frecuente de los quistes dentígeros en niños, fue la zona posterior de los maxilares con un 65,5% de los casos<sup>1</sup>.

En la mayoría de los estudios, la distribución por género en pacientes pediátricos fue significativamente mayor en los hombres<sup>1,2,3,4</sup>.

Los pacientes con quistes dentígeros no tienen sintomatología a menos que haya exacerbación inflamatoria aguda, por lo tanto estas lesiones a menudo se detectan sólo durante el examen radiográfico de rutina<sup>13,14</sup>.

Radiográficamente se presenta como un área radiolúcida unilocular, de más de 3 mm, asociada a la corona de un diente no erupcionado, con bordes corticalizados bien

definidos, que cuando se infecta presenta un límite difuso<sup>5,6</sup>.

Histológicamente la cavidad quística está revestida por un epitelio plano estratificado no queratinizado<sup>6,7,8</sup>, de dos a diez células de espesor<sup>8</sup>. La unión entre el epitelio y el tejido conectivo es plana. Cuando existe inflamación secundaria se puede observar hiperplasia epitelial y queratinización<sup>6,7</sup>.

### Presentación del Caso Clínico

Paciente de género masculino, edad 8 años, que en mayo del 2012 acude a la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar por un control de rutina.

Clínicamente, el paciente presenta un leve aumento de volumen en la tabla vestibular, de consistencia firme en la región correspondiente al segundo molar temporal izquierdo (diente 7.5) con ausencia clínica de este molar y del primer molar permanente (diente 3.6) (Figura 1).



Figura 1. Imagen clínica



Figura 2. Radiografía panorámica

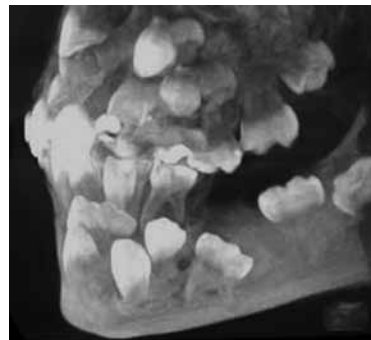


Figura 3. Reconstrucción 3D

Se indica como examen complementario una radiografía panorámica en la cual se observa dentición mixta de primera fase con retraso en la erupción del diente 1.2, 2.2 y 3.6 y agenesia del diente 3.5. El diente 7.5 se encuentra inclinado, con superficie coronaria a la altura del germen del diente 3.4 y raíces sobreproyectadas en el canal mandibular y ápices en borde basilar. El espacio pericoronario se notó ensanchado hacia oclusal y distal en aproximadamente 5 y 3 mm respectivamente (Figura 2).

Posteriormente con el objetivo de observar extensión de lesión, compromiso del canal mandibular y estructuras adyacentes se indicó una tomografía computarizada cone beam mandibular (Figura 3)

En el plano coronal se observa el canal mandibular ubicado por lingual de las raíces del diente 7.5 (Figura 4).



Figura 4. Plano coronal

En el plano axial se observa una leve expansión y adelgazamiento de la tabla vestibular y lingual (Figura 5).

En el corte sagital se observa una zona solución de continuidad del tejido óseo hacia el reborde óseo marginal (Figura 6).

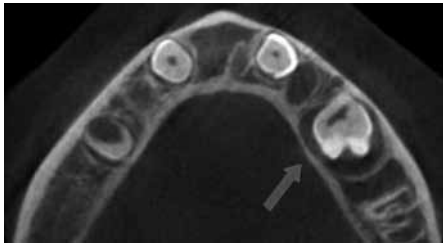


Figura 5. Plano axial

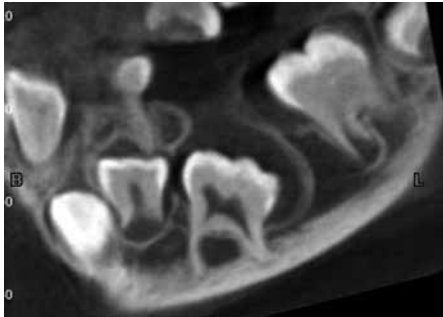


Figura 6. Corte sagital

El tratamiento consistió en la realización de un colgajo mucoperióstico vestibular, y una ventana en el tejido óseo para acceder a la enucleación de la lesión junto con el diente 7.5 (Figura 7).

Se obtuvo un trozo laminar de tejido que midió 9 mm en su eje mayor, el cual se depositó en un envase con formalina correctamente rotulado, para su posterior análisis en el servicio de histo-patología de la facultad (Figura 8).



Figura 7. Imagen cirugía

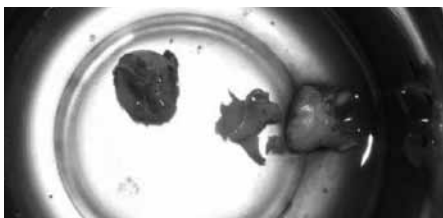


Figura 8. Muestra macroscópica

El examen histopatológico confirmó el diagnóstico presuntivo de quiste dentígero, observándose un epitelio plano no queratinizado de 2 a 4 capas de grosor que reviste parcialmente la cápsula conjuntiva (Figura 9). Se apreciaron nidos de epitelio odontogénico inactivos en la pared del quiste dentígero (Figura 10).

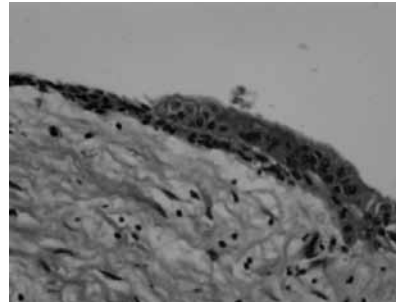


Figura 9.  
Muestra microscópica.  
Aumento 140x.  
Tinción HE

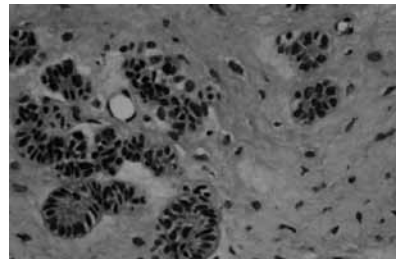


Figura 10.  
Muestra microscópica.  
Aumento 140x.  
Tinción HE

### Discusión

Si bien las características tanto clínicas como imagenológicas no determinan el diagnóstico definitivo de la lesión, estas nos orientan y acercan a éste de gran manera, y nos permiten planificar el tratamiento quirúrgico de forma más minuciosa.

Debido a la larga data de la lesión, teniendo en cuenta que los molares temporales erupcionan en los primeros dos años de vida, sumado a su lento crecimiento y asintomático, podemos inferir que la lesión presenta un comportamiento benigno. Si a lo anterior añadimos el hecho que la imagen radiográfica nos muestra una lesión radiolúcida rodeando la corona de un diente no erupcionado, es necesario entonces, diferenciarla de aquellas lesiones que tienen similares características.

El acto quirúrgico propiamente tal, mediante la enucleación completa de la lesión, es un hecho importante que nos guía al diagnóstico, permitiendo observar una característica macroscópica particular de los quistes dentígeros referida a la adherencia de la pared quística al cuello del diente en cuestión. Consecutivamente, el análisis histopatológico de la lesión, nos confirmó el diagnóstico de quiste dentígero, mediante la aparición de vestigios epiteliales en la pared fibrosa de la membrana quística.

## Bibliografía

1. Latroul, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. Intraosseous cystic lesions of the jaws in children: A retrospective analysis of 47 consecutive cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology And Endodontology* 2009; 107:485-492.
2. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: 85-91.
3. De Souza L, Gordón-Núñez M, Nonaka C, De Medeiros M, Torres T, Emiliano G. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugia Bucal* 2010; 15(4): e583-e590.
4. Soluk M, Olgac V, Aksakalli N, Alatli C. Odontogenic and nonodontogenic cysts in Istanbul: analysis of 5088 cases. *Wiley Periodicals, Inc. Head Neck* 2012 34: 852-855.
5. Ramírez J, Núñez M, Cohen J, Esguep A. Imágenes radiográficas de las patologías del área buco-máxilo-facial. *Ximpauser*. (1), Chile, 2000.
6. Shear M, Speight P. *Cyst of the Oral and Maxillofacial Regions*. Blackwell. Oxford, 2007.
7. Regezi J, Sciubba J. *Patología bucal, correlaciones clínico-patológicas*. Mc Graw-Hill Interamericana. (3), México, 2000
8. Sapp JP, Eversole L, Wysocki G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Editorial Elsevier Mosby. (2), España, 1998.
9. Gomes V, Meira D, Vera R, Vanucci C, Ferreira F, Fontoura M, Franklin C. Odontogenic cysts in children and adolescents: a 21-year retrospective study. *Brazilian Journal Oral Science* 2012; 11: 81-83.
10. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006; 16:19-30.
11. Graça M, Alexandre W, Zindel M, Chilvarquer I, Aparecida A. Dentigerous cyst associated with an upper permanent central incisor: case report and literature review. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2002; 26(2):187-192
12. Gupta M, Kaste S, Hopkins K. Radiologic appearance of primary jaw lesions in children. *Pediatric Radiology* 2002; 32(3): 153-168.
13. Botazzo A, Cunha R, Lima R, Gerhardt K, Gerhardt A. Dentigerous Cysts in Primary Dentition: Report of 2 Cases. *Pediatric Dentistry* 2006; 28:269-272.
14. Shahid R, Pulse C, Dourmas, M Roser S. Inferior Alveolar Nerve Paresthesia Associated With a Mandibular Dentigerous Cyst. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 2002; 60: 457-45.